

様式第7号（第4条関係）

決 裁	課長	補佐	係長	係員	課員	受付	令和	年	月	日
						伺	令和	年	月	日
						決定	令和	年	月	日
						支給	令和	年	月	日
助 成 決 定	一部 負担金の額	控除額内訳				交付決定額				
		付加給付額	その他	控除(足切)額	控除額計					
	円	円	円	円	円	円				

ひとり親家庭医療費助成申請（請求）書

門川町長 殿

令和 年 月 日

住所 門川町
申請者 氏名

印

令和 年 月 分医療費の給付を受けたく申請（請求）します。

申請（請求）額					
受給資格証 記号番号		加入 保 険	被保険者氏名		
受診者	氏名		保険証記号番号		
	生年月日		保 険 名		
口座 振替	金融機関名	口座番号			
	支店名	口座名義(カタカナ)			

- [注] 1. 申請（請求）額は医療機関等に一部負担金（差額ベッド、電器機具使用料、医師の認めない付添看護料等を除く）として、支払った額を記入してください。
2. 給付決定額は申請（請求）額から控除額（足切額、高額療養費等）を差引いた額となります。

この欄はお手数ですが、医療機関及び調剤薬局でご記入願います。 なお、差額ベッド電器機具使用料医師が認めない付添看護料おむつ借料等の保険対象以外の経費は控除してください。	令和 年 月 分診療（調剤）報酬 (1. 入院 2. 外来 3. 歯科)				
	診療実日数		左記の金額を受領いたしました。		
				令和	年 月 日
	診療報酬一部負担金受領額		医療機関等の		
				所在地	
				名称	
			氏名	印	
			氏名	印	
			所在地		
			名称		
			氏名	印	